

2023

Resumen de beneficios

Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005

Imperial Traditional (HMO) 007

Imperial Dual Plan (HMO D-SNP) 011

Imperial Dynamic Plan (HMO) 012

Imperial Strong (HMO) 014

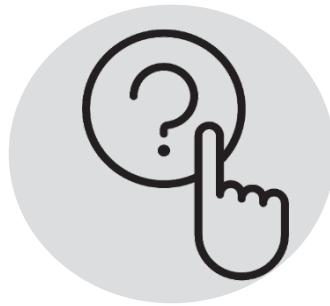
Imperial Courage Plan (HMO) 016



IMPERIAL HEALTH PLAN
OF CALIFORNIA

Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP)

Este documento está disponible gratis en español. Este documento está disponible en otros formatos como braille, letra grande o audio. Para obtener más información, llámenos al 1-800-838- 8271 (TTY 711). Del 1 de octubre al 31 de marzo: lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. o del 1 de abril al 30 de septiembre: lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. excepto festivos, o visítenos en www.imperialhealthplan.com.



¿Quién puede inscribirse?

Para inscribirse en Imperial Health Plan of California, Inc. (HMO) (HMO SNP), usted debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Vive en nuestra área de servicio
- Tiene tanto la Parte A de Medicare como la Parte B de Medicare
- Es ciudadano estadounidense

Algunos de nuestros planes tienen requisitos adicionales para unirse.

- Para inscribirse en Imperial Dual Plan (HMO D-SNP), debe tener tanto Medicaid como Medicare.
- Para inscribirse en Imperial Senior Value (HMO C-SNP) también debe haber sido diagnosticado con un trastorno cardiovascular, insuficiencia cardíaca crónica y/o diabetes.

¿Qué médicos, hospitales y farmacias puedo usar?

Imperial Health Plan cuenta con una red de médicos, hospitales, farmacias y otros proveedores que están disponibles para proporcionarle atención médica y de beneficios suplementarios. Al inscribirse en nuestro plan de salud, usted debe

seleccionar un médico de cuidado de salud primario (PCP, por sus siglas en inglés). Su PCP trabajará con nosotros para coordinar su atención médica y especializada cuando necesite atenderse con otros proveedores. Si utiliza un proveedor que no forma parte de nuestra red, es posible que el plan no pague por estos servicios, excepto en caso de emergencia. Puede revisar nuestros directorios en nuestro sitio web: www.imperialhealthplan.com.

¿Cómo determino mis costos de medicamentos recetados de la Parte D?

Los medicamentos de la Parte D que cubrimos están clasificados en cinco y seis niveles diferentes, dependiendo del paquete de beneficios del plan en el que se inscribe. Usted necesitará una copia de nuestra lista de medicamentos o “formulario” para determinar en qué nivel se encuentra su medicamento. El monto que usted pague dependerá del nivel del medicamento, el número de días para el suministro del medicamento, la etapa de beneficio que usted ha alcanzado, si está usando una farmacia de la red y el tipo de farmacia que utiliza (por ejemplo, venta al por menor, pedido por correo, cuidado a largo plazo, infusión en el hogar, etc.).

¿Dónde puedo encontrar más información?

El personal de nuestro Departamento de Membresía está a su disposición para responder cualquier pregunta sobre elegibilidad y beneficios. Llame al 1-800-838-8271, (TTY: 711), 1 de octubre al 31 de marzo, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. o del 1 de abril al 30 de septiembre, lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. excepto festivos.

Este Resumen de Beneficios es un resumen de lo que nosotros cubrimos y lo que usted paga. No incluye todos los servicios que cubrimos ni incluye todas las limitaciones o exclusiones. Para pedir una lista

completa de los servicios que cubrimos, consulte la “Evidencia de cobertura”. Puede encontrar este manual en nuestro sitio web en www.Imperialhealthplan.com, enumerado bajo “member benefits”.

Si desea informarse más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, por favor, consulte el manual “Medicare y Usted”. Puede encontrar este manual en www.Medicare.gov o llame al 1-800-Medicare (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Área de servicio de Imperial Health Plan

Plan	Condados donde atendemos
Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005	Alameda, Amador, Butte, Contra Costa, Del Norte, El Dorado, Fresno, Glenn, Humboldt, Imperial, Inyo, Kern, Kings, Los Angeles, Madera, Marin, Mariposa, Mendocino, Merced, Modoc, Monterey, Mono, Napa, Nevada, Orange, Placer, Plumas, Riverside, Sacramento, Santa, Barbara, San Bernardino, San Benito, Santa Clara, San Diego, San Francisco, San Joaquin, San Luis Obispo, San Mateo, Santa Cruz, Shasta, Siskiyou, Solano, Sonoma, Stanislaus, Tehama, Tulare, Tuolumne, Ventura Yolo y Yuba
Imperial Traditional (HMO) 007	Alameda, Contra Costa, Fresno, Kern, Kings, Madera, Merced, Placer, San Francisco, San Joaquin, Santa Barbara, Sacramento, Stanislaus, Tulare, Ventura, Yolo
Imperial Dynamic Plan (HMO) 012	
Imperial Strong (HMO) 014	
Imperial Courage Plan (HMO) 016	
Imperial Dual Plan (HMO D-SNP) 011	

Imperial Senior Value (HMO C-SNP) 005

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Primas y beneficios	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
Primas ¿Cuánto debo pagar al mes?	<ul style="list-style-type: none"> • Prima de la Parte C: Usted paga \$0 al mes • Prima de la Parte D: Usted paga \$0 al mes • Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare
Deductible ¿Cuánto debo pagar antes de que pague el plan?	<ul style="list-style-type: none"> • Este plan no tiene deducible
Monto máximo que paga de su bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?	<ul style="list-style-type: none"> • El monto máximo que pagará cada año por los servicios de la Parte C en este plan es \$2,999
Cobertura hospitalaria para pacientes internados^{1,2} ¿Cuánto tiempo cubrirá mi plan? ¿Cuánto debo pagar?	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 al día por días 1 - 90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$670 al día por días 1 – 60
Cobertura hospitalaria para pacientes externos^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0
Centro de cirugía ambulatoria^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare
Consultas médicas ¿Cuánto debo pagar por una consulta con el médico de cuidado de salud primario o especialista?	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta con el médico de cuidado de salud primario: Usted paga \$0 • Consulta con el especialista^{1,2}: Usted paga \$0 • Tiene la opción de obtener ciertos servicios mediante telesalud por teléfono o video
Atención preventiva¹ ¿Cuánto debo pagar por la atención preventiva?	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 para la detección del glaucoma¹, capacitación para el autocontrol de la diabetes¹, enemas de bario¹, exámenes rectales digitales y electrocardiogramas después de una visita de bienvenida
Atención de emergencia ¿Cuánto debo pagar por Servicios de urgencia?	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0
Servicios de urgencia ¿Cuánto debo pagar por Servicios de urgencia?	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Primas y beneficios	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
Servicios de diagnóstico / Laboratorio / Imágenes^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por Servicios de diagnóstico?	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 por: <ul style="list-style-type: none"> Servicios de radiología diagnóstica (p. ej., MRI, CT) Radiografías para pacientes externos Servicios de laboratorio Exámenes de diagnóstico Servicios de radiología terapéutica: Usted paga 20%
Servicios auditivos^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por Servicios auditivos o audífonos?	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga 20% del costo total por: <ul style="list-style-type: none"> Exámenes de diagnóstico y rutinarios cubiertos El plan cubre hasta \$250 Subvención para audífonos: Usted paga 20%. El plan cubre hasta \$1,250 por año calendario
Servicios odontológicos ¿Cuánto debo pagar por servicios odontológicos?	<ul style="list-style-type: none"> Servicios odontológicos cubiertos por Medicare: Usted paga \$0 Servicios odontológicos preventivos: Usted paga \$0 por consultas rutinarias. Consultas incluyen examen, limpieza, tratamiento con flúor y radiografías odontológicas. El plan cubre hasta \$500 para servicios odontológicos rutinarios al año Usted paga \$0 por servicios restaurativos; prostodoncia, otras cirugías orales/maxilofaciales y otros servicios. Su plan cubre hasta \$2000 al año
Servicios de la vista ¿Cuánto debo pagar por Servicios de la vista? ¿Cuál es mi subvención para artículos de la vista por año?	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 por los servicios de la vista cubiertos por Medicare Usted paga \$0 por exámenes rutinarios de la vista Usted paga \$0 al año por uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> Un par de anteojos (lentes y marcos) Un par de lentes de contacto El plan cubre hasta \$250 al año para anteojos

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Primas y beneficios	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
<p>Servicios de salud mental^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por servicios de hospitalización o ambulatorios?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Consulta como paciente interno: <ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 al día por días 1-90 Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$778 al día por días 1 – 60. Este es el monto para 2022 y pueden cambiar en 2023. Le notificaremos cuando Medicare publique el monto para 2023. Servicios para pacientes externos: Usted paga 20% del costo total por cada consulta de terapia de salud mental individual o grupal para pacientes externos cubierta por Medicare (no con un médico) Usted paga \$0 por cada sesión de terapia psiquiátrica grupal o individual cubierta por Medicare
<p>Centro de enfermería especializada^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por la estadía en un centro de enfermería especializada?</p>	<p>Cubrimos hasta 100 días en un SNF por período de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 al día por días 1 – 20 Usted paga \$164.50 al día por días 21 – 100
<p>Fisioterapia^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por la rehabilitación ambulatoria?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Servicios de rehabilitación cardiaca (corazón): Usted paga 20% del costo total Consulta de terapia ocupacional: Usted paga \$0 Consulta de fisioterapia y terapia del habla y lenguaje: Usted paga \$0
<p>Ambulancia¹</p> <p>¿Cuánto debo pagar por servicios de ambulancia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$125 por viaje de ida por tierra Usted paga 20% del costo total por viaje por aire Se requiere autorización previa para viajes que no sean de emergencia
<p>Transporte^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por servicios de transporte?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 por servicios de transporte ilimitados de ida y vuelta hasta las instalaciones aprobadas por el plan

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Medicamentos de la Parte B de Medicare¹

¿Cuánto debo pagar por medicamentos de la Parte B?

- Usted paga 20% del costo total por medicamentos de la Parte B, incluidos los medicamentos de quimioterapia

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Medicamentos recetados de la Parte D Imperial Senior Value (HMO C-SNP)

Prima de la Parte D	Usted paga \$0	
Monto máximo de gastos de bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?	Su límite anual para medicamentos de la Parte D en este plan es de \$7,400	
Etapa de deducible	No hay deducible (Su cobertura empieza el día de entrada en vigencia de su inscripción)	
Etapa de cobertura inicial	Usted paga los siguientes costos hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$4,660	
	Suministro para 30 días de venta al por menor	Suministro para 100 días de pedido por correo
Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos	\$0.00	\$0.00
Nivel 2 - Medicamentos genéricos	\$5.00	\$10.00
Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	\$45.00/ Select Insulins: \$0	\$90.00/ Select Insulins: \$0
Nivel 4 – Medicamentos no preferidos	\$90.00	\$180.00
Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado	33%	Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5
Nivel 6 – Medicamentos de Select Care	\$3.00	\$0
Etapa de Período sin cobertura	Usted paga los siguientes costos hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$7,400	
	Suministro para 30 días de venta al por menor	Suministro para 100 días de pedido por correo
Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos	\$0.00	\$0.00
Nivel 2 - Medicamentos genéricos	\$5.00	\$10.00
Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	Usted paga 25% del costo por cualquier otro medicamento y una parte de la tarifa de suministro. Por Select Insulins usted paga \$0.	
Nivel 4 – Medicamentos no preferidos	Usted paga 25% del costo y una parte de la tarifa de suministro	
Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado	Usted paga 25% del costo y una parte de la tarifa de suministro	Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Resumen de beneficios 2023

Sección 2 Imperial Senior Value (HMO C-SNP)

Nivel 6 – Medicamentos de Select Care	Usted paga 25% del costo y una parte de la tarifa de suministro
	Una vez que sus costos anuales del bolsillo por los medicamentos alcancen los \$7,400, usted paga
Etapa de cobertura en situaciones catastróficas	El monto que sea mayor entre \$4.15 por medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes y \$10.35 por todos los demás medicamentos, o 5%

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Beneficios complementarios	Imperial Senior Value (HMO C-SNP)
Entrega de comidas a domicilio¹	<ul style="list-style-type: none"> Hay un copago de \$0 por hasta 7 comidas entregadas después de una cirugía o una estadía en el hospital. El plan cubre hasta \$105 por periodo de beneficios.
Servicios de salud en el hogar^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 por los servicios de salud en el hogar
Servicios de apoyo en el hogar	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 hasta 48 horas de servicios de apoyo en el hogar que incluyen ayuda con el transporte, compras de comestibles, recogida de medicamentos, recordatorios de citas médicas, ayuda doméstica ligera y ejercicio ligero.
Equipo médico / Suministros¹	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga 20% del costo total por cada artículo de Equipo Médico Duradero (DME)¹, como oxígeno o una silla de ruedas Usted paga 20% del costo total por artículo de prótesis¹ tales como aparatos ortopédicos o extremidades artificiales Usted paga \$0 por suministros de monitoreo para diabéticos¹
Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga 20% del costo total por cada consulta de servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos en un entorno individual o grupal
Artículos y medicamentos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC)	<ul style="list-style-type: none"> \$120 de subvención cada tres meses a través de nuestro catálogo OTC de pedido por correo No se acepta el pago en efectivo, cheques, tarjeta de crédito ni giro postal para el beneficio OTC No se acumula de mes a mes
Cuidado rutinario de los pies^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 por 6 consultas de cuidado rutinario de los pies por año calendario

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Programas de bienestar	<ul style="list-style-type: none">Usted paga \$0 por membresía en un gimnasio o un kit de ejercicios para el hogar a través del programa Silver&Fit®. El programa Silver&Fit es ofrecido por American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), un subsidiario de American Specialty Health Incorporated (ASH).
Cobertura a nivel mundial	<ul style="list-style-type: none">Reembolso de hasta \$50,000 por los gastos que califican con un copago de \$0Solo para servicios de urgencia o de emergencia

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Imperial Traditional (HMO) 007

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Primas y beneficios	Imperial Traditional (HMO)
Primas ¿Cuánto debo pagar al mes?	<ul style="list-style-type: none"> • Prima de la Parte C: Usted paga \$0 al mes • Prima de la Parte D: Usted paga \$0 al mes • Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare.
Deductible ¿Cuánto debo pagar antes de que pague el plan?	<ul style="list-style-type: none"> • Este plan no tiene deducible
Monto máximo que paga de su bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?	<ul style="list-style-type: none"> • El monto máximo que pagará cada año por los servicios de la Parte C en este plan es \$2,999
Cobertura hospitalaria para pacientes internados^{1,2} ¿Cuánto tiempo cubrirá mi plan? ¿Cuánto debo pagar?	<ul style="list-style-type: none"> • Medicare cubre los primeros 2 días de su hospitalización • Después de esto, usted paga \$150 al día por días 1 - 5 • Usted paga \$0 al día por días 6 - 90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$670 al día por días 1 – 60
Cobertura hospitalaria para pacientes externos^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0
Centro de cirugía ambulatoria^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare
Consultas médicas ¿Cuánto debo pagar por una consulta con el médico de cuidado de salud primario o especialista?	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta con el médico de cuidado de salud primario: Usted paga \$0 • Consulta con el especialista^{1,2}: Usted paga \$10 • Tiene la opción de obtener ciertos servicios mediante telesalud por teléfono o video
Atención preventiva¹ ¿Cuánto debo pagar por la atención preventiva?	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 para la detección del glaucoma¹, capacitación para el autocontrol de la diabetes¹, enemas de bario¹, exámenes rectales digitales y electrocardiogramas después de una visita de bienvenida

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Atención de emergencia ¿Cuánto debo pagar por Servicios de urgencia?	<ul style="list-style-type: none">• Usted paga \$100• Si es admitido al hospital dentro de las 48 horas, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia
--	--

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Primas y beneficios	Imperial Traditional (HMO)
Servicios de urgencia ¿Cuánto debo pagar por Servicios de urgencia?	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$20
Servicios de diagnóstico / Laboratorio / Imágenes^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por Servicios de diagnóstico?	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 por: <ul style="list-style-type: none"> Servicios de radiología diagnóstica (p. ej., MRI, CT) Radiografías para pacientes externos Servicios de laboratorio Exámenes de diagnóstico Servicios de radiología terapéutica: Usted paga 20%
Servicios auditivos^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por Servicios auditivos o audífonos?	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga 20% del costo total por: <ul style="list-style-type: none"> Exámenes de diagnóstico y rutinarios cubiertos El plan cubre hasta \$250 Subvención para audífonos: Usted paga 20%. El plan cubre hasta \$1,250 por año calendario
Servicios odontológicos ¿Cuánto debo pagar por servicios odontológicos?	<ul style="list-style-type: none"> Servicios odontológicos cubiertos por Medicare: Usted paga \$0 Servicios odontológicos preventivos: Usted paga \$0 por consultas rutinarias. Consultas incluyen examen, limpieza, tratamiento con flúor y radiografías odontológicas. El plan cubre hasta \$500 para servicios odontológicos rutinarios al año Usted paga \$0 por servicios restaurativos; prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios. Su plan cubre hasta \$2000 cada año
Servicios de la vista ¿Cuánto debo pagar por Servicios de la vista? ¿Cuál es mi subvención para artículos de la vista por año?	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 por servicios de la vista cubiertos por Medicare Usted paga \$0 por exámenes rutinarios de la vista Usted paga \$0 al año por uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> Un par de anteojos (lentes y marcos) Un par de lentes de contacto El plan cubre hasta \$250 al año para anteojos

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Primas y beneficios	Imperial Traditional (HMO)
<p>Servicios de salud mental^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por servicios de hospitalización o ambulatorios?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta como paciente interno: <ul style="list-style-type: none"> • Medicare cubre los primeros 2 días de su hospitalización • Después de esto, usted paga \$200 al día por días 1-7 • Usted paga \$0 al día por días 8 - 90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$670 al día por días 1 – 60 • Servicios para pacientes externos: Usted paga 20% del costo total por cada consulta de terapia de salud mental individual o grupal para pacientes externos cubierta por Medicare (no con un médico) • Usted paga \$0 por cada sesión de terapia psiquiátrica grupal o individual cubierta por Medicare
<p>Centro de enfermería especializada^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por la estadía en un centro de enfermería especializada?</p>	<p>Cubrimos hasta 100 días en un SNF por período de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 al día por días 1 – 20 • Usted paga \$164.50 al día por días 21 – 100
<p>Fisioterapia^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por la rehabilitación ambulatoria?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de rehabilitación cardiaca (corazón): Usted paga \$0 • Consulta de terapia ocupacional: Usted paga \$10 • Consulta de fisioterapia y terapia del habla y lenguaje: Usted paga 20% del costo total
<p>Ambulancia¹</p> <p>¿Cuánto debo pagar por servicios de ambulancia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$150 por viaje de ida por tierra • Usted paga 20% del costo total por viaje por aire • Se requiere autorización previa para viajes que no sean de emergencia
<p>Transporte^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por servicios de transporte?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por servicios de transporte ilimitados de ida y vuelta hasta las instalaciones aprobadas por el plan

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Medicamentos de la Parte B de Medicare¹

¿Cuánto debo pagar por medicamentos de la Parte B?

- Usted paga \$0 por medicamentos de la Parte B, incluidos los medicamentos de quimioterapia

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Medicamentos recetados de la Parte D		Imperial Traditional (HMO)																		
Prima de la Parte D	Usted paga \$0																			
Monto máximo de gastos de bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?	Su límite anual para la Parte D en este plan es \$7,400																			
Etapa de deducible	No hay deducible (Su cobertura empieza el día de entrada en vigencia de su inscripción)																			
Etapa de cobertura inicial	<p>Usted paga los siguientes costos hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$4,660</p> <table> <thead> <tr> <th></th> <th>Suministro para 30 días de venta al por menor</th> <th>Suministro para 100 días de pedido por correo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos</td><td>\$0.00</td><td>\$0.00</td></tr> <tr> <td>Nivel 2 - Medicamentos genéricos</td><td>\$5.00</td><td>\$10.00</td></tr> <tr> <td>Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos</td><td>\$45.00/ Select Insulins: \$0</td><td>\$90.00/ Select Insulins: \$0</td></tr> <tr> <td>Nivel 4 – Medicamentos no preferidos</td><td>\$90.00</td><td>\$180.00</td></tr> <tr> <td>Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado</td><td>33%</td><td>Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5</td></tr> </tbody> </table>			Suministro para 30 días de venta al por menor	Suministro para 100 días de pedido por correo	Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos	\$0.00	\$0.00	Nivel 2 - Medicamentos genéricos	\$5.00	\$10.00	Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	\$45.00/ Select Insulins: \$0	\$90.00/ Select Insulins: \$0	Nivel 4 – Medicamentos no preferidos	\$90.00	\$180.00	Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado	33%	Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5
	Suministro para 30 días de venta al por menor	Suministro para 100 días de pedido por correo																		
Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos	\$0.00	\$0.00																		
Nivel 2 - Medicamentos genéricos	\$5.00	\$10.00																		
Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	\$45.00/ Select Insulins: \$0	\$90.00/ Select Insulins: \$0																		
Nivel 4 – Medicamentos no preferidos	\$90.00	\$180.00																		
Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado	33%	Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5																		
Etapa de Período sin cobertura	<p>Usted paga los siguientes costos hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$7,400</p> <table> <thead> <tr> <th></th> <th>Suministro para 30 días de venta al por menor</th> <th>Suministro para 100 días de pedido por correo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos</td><td>\$0.00</td><td>\$0.00</td></tr> <tr> <td>Nivel 2 - Medicamentos genéricos</td><td>\$5.00</td><td>\$10.00</td></tr> <tr> <td>Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos</td><td colspan="2">Usted paga 25% del costo por cualquier otro medicamento y una parte de la tarifa de suministro. Usted paga \$0 por Select Insulins.</td></tr> <tr> <td>Nivel 4 – Medicamentos no preferidos</td><td colspan="2">Usted paga 25% del costo por cualquier otro medicamento y una parte de la tarifa de suministro. Usted paga \$0 por Select Insulins.</td></tr> <tr> <td>Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado</td><td colspan="2">Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5</td></tr> </tbody> </table>			Suministro para 30 días de venta al por menor	Suministro para 100 días de pedido por correo	Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos	\$0.00	\$0.00	Nivel 2 - Medicamentos genéricos	\$5.00	\$10.00	Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	Usted paga 25% del costo por cualquier otro medicamento y una parte de la tarifa de suministro. Usted paga \$0 por Select Insulins.		Nivel 4 – Medicamentos no preferidos	Usted paga 25% del costo por cualquier otro medicamento y una parte de la tarifa de suministro. Usted paga \$0 por Select Insulins.		Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado	Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5	
	Suministro para 30 días de venta al por menor	Suministro para 100 días de pedido por correo																		
Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos	\$0.00	\$0.00																		
Nivel 2 - Medicamentos genéricos	\$5.00	\$10.00																		
Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	Usted paga 25% del costo por cualquier otro medicamento y una parte de la tarifa de suministro. Usted paga \$0 por Select Insulins.																			
Nivel 4 – Medicamentos no preferidos	Usted paga 25% del costo por cualquier otro medicamento y una parte de la tarifa de suministro. Usted paga \$0 por Select Insulins.																			
Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado	Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5																			
Etapa de cobertura en situaciones catastróficas	<p>Una vez que sus costos anuales del bolsillo por los medicamentos alcancen los \$7,400, usted paga</p> <p>El monto que sea mayor entre \$4.15 por medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes y \$10.35 por todos los demás medicamentos, o 5%</p>																			

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Beneficios complementarios	Imperial Traditional (HMO)
Entrega de comidas a domicilio¹	<ul style="list-style-type: none"> Hay un copago de \$0 por hasta 7 comidas entregadas después de una cirugía o una estadía en el hospital. El plan cubre hasta \$105 por periodo de beneficios.
Servicios de salud en el hogar^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 por los servicios de salud en el hogar
Servicios de apoyo en el hogar	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 hasta 48 horas de servicios de apoyo en el hogar que incluyen ayuda con el transporte, compras de comestibles, recogida de medicamentos, recordatorios de citas médicas, ayuda doméstica ligera y ejercicio ligero.
Equipo médico / Suministros¹	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga 20% del costo total por cada artículo de Equipo Médico Duradero (DME)¹, como oxígeno o una silla de ruedas Usted paga 20% del costo total por artículo de prótesis¹ tales como aparatos ortopédicos o extremidades artificiales Usted paga \$0 por suministros de monitoreo para diabéticos¹
Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga 20% del costo total por cada consulta de servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos en un entorno individual o grupal
Artículos y medicamentos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC)	<ul style="list-style-type: none"> \$120 de subvención cada tres meses a través de nuestro catálogo OTC de pedido por correo No se acepta el pago en efectivo, cheques, tarjeta de crédito ni giro postal para el beneficio OTC No se acumula de mes a mes
Cuidado rutinario de los pies^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 por 6 consultas de cuidado rutinario de los pies por año calendario

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Programas de bienestar	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 por membresía en un gimnasio o un kit de ejercicios para el hogar a través del programa Silver&Fit®. El programa Silver&Fit es ofrecido por American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), un subsidiario de American Specialty Health Incorporated (ASH).
Cobertura a nivel mundial ¿Cuánto es el reembolso de mi Cobertura a nivel mundial?	<ul style="list-style-type: none"> Reembolso de hasta \$50,000 por los gastos que califican con un copago de \$20 para atención de urgencia y copago de \$0 para atención de emergencia Solo para servicios de urgencia o de emergencia

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Imperial Dual Plan (HMO D-SNP) 011

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Primas y beneficios	Imperial Dual Plan (HMO D-SNP)
Primas ¿Cuánto debo pagar al mes?	<ul style="list-style-type: none"> • Prima de la Parte C: Usted paga \$0 al mes • Prima de la Parte D: Usted paga \$32.60 al mes • Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare
Deductible ¿Cuánto debo pagar antes de que pague el plan?	<ul style="list-style-type: none"> • En 2022, el deducible de este plan es \$233. Este monto puede cambiar para 2023. Imperial Dual Plan le notificará cuando Medicare publique el monto del deducible de la Parte B para 2023 • Deducible de la Parte D: Usted paga \$505
Monto máximo que paga de su bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?	<ul style="list-style-type: none"> • El monto máximo que pagará cada año por los servicios de la Parte C en este plan es \$2,999
Cobertura hospitalaria para pacientes internados^{1,2} ¿Cuánto tiempo cubrirá mi plan? ¿Cuánto debo pagar?	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 al día por días 1 - 60 • Usted paga \$389 al día por días 61 - 90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$778 al día por días 1 – 60 • Estas son las cantidades para 2022 y pueden cambiar en 2023. El plan le informará una vez que Medicare anuncie estos montos.
Cobertura hospitalaria para pacientes externos^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20% del costo total
Centro de cirugía ambulatoria^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20% del costo total por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare
Consultas médicas ¿Cuánto debo pagar por una consulta con el médico de cuidado de salud primario o especialista ^{1,2} ?	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20% del costo total • Tiene la opción de obtener ciertos servicios mediante telesalud por teléfono o video
Atención preventiva¹ ¿Cuánto debo pagar por la atención preventiva?	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20% del costo total por exámenes de detección de glaucoma, capacitación para el autocontrol de la diabetes, enemas de bario, exámenes rectales digitales y electrocardiogramas después de una visita de bienvenida • Usted paga \$0 por otros servicios preventivos

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Primas y beneficios	Imperial Dual Plan (HMO D-SNP)
Atención de emergencia ¿Cuánto debo pagar por Servicios de urgencia?	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga 20% del costo total hasta \$125 Si es admitido al hospital dentro de los 3 días, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia
Servicios de urgencia ¿Cuánto debo pagar por Servicios de urgencia?	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga 20% del costo total hasta \$65 Si es admitido al hospital dentro de los 3 días, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia
Servicios de diagnóstico / Laboratorio / Imágenes^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por Servicios de diagnóstico?	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga 20% del costo total por: <ul style="list-style-type: none"> Servicios de laboratorio Exámenes de diagnóstico Servicios de radiología diagnóstica (p. ej., MRI) Servicios de radiología terapéutica Radiografías
Servicios auditivos^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por Servicios auditivos o audífonos?	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga 20% del costo total por: <ul style="list-style-type: none"> Exámenes de diagnóstico y rutinarios cubiertos Subvención para audífonos: Usted paga 20%. El plan cubre hasta \$2,500 por año calendario
Servicios odontológicos ¿Cuánto debo pagar por servicios odontológicos?	<ul style="list-style-type: none"> Servicios odontológicos cubiertos por Medicare: Usted paga \$0 Servicios odontológicos preventivos: Usted paga \$0 por consultas rutinarias. Consultas incluyen examen, limpieza, tratamiento con flúor y radiografías odontológicas. El plan cubre hasta \$500 para servicios odontológicos rutinarios al año Usted paga \$0 por servicios restaurativos; prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios. Su plan cubre hasta \$2000 cada año

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Servicios de la vista ¿Cuánto debo pagar por Servicios de la vista? ¿Cuál es mi subvención para artículos de la vista por año?	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga 20% del costo total por servicios de la vista cubiertos por Medicare Usted paga \$0 por exámenes rutinarios de la vista Usted paga \$0 al año por uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> Un par de anteojos (lentes y marcos) Un par de lentes de contacto. El plan cubre hasta \$260 al año para anteojos
--	--

Primas y beneficios	Imperial Dual Plan (HMO D-SNP)
Servicios de salud mental^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de hospitalización o ambulatorios?	<ul style="list-style-type: none"> Consulta como paciente interno: <ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 al día por días 1- 60 Usted paga \$389 al día por días 61 - 90 Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$778 al día por días 1 – 60 Estas son las cantidades para 2022 y pueden cambiar en 2023. El plan le informará una vez que Medicare anuncie estos montos. Servicios para pacientes externos: Usted paga 20% del costo total por cada consulta de terapia de salud mental individual o grupal para pacientes externos cubierta por Medicare
Centro de enfermería especializada^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por la estadía en un centro de enfermería especializada?	Cubrimos hasta 100 días en un SNF por período de beneficios: <ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 al día por días 1 – 20 Usted paga \$194.50 al día por días 21 – 100 Usted paga 100% del costo por días 101 y más Estas son las cantidades para 2022 y pueden cambiar en 2023. El plan le informará una vez que Medicare anuncie estos montos.
Fisioterapia^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por la rehabilitación ambulatoria?	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga 20% del costo total por: <ul style="list-style-type: none"> Servicios de rehabilitación cardiaca (corazón) Consulta de terapia ocupacional Fisioterapia Terapia del habla y del lenguaje

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Ambulancia¹ ¿Cuánto debo pagar por servicios de ambulancia?	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga 20% del costo total por cada viaje por tierra o por aire Se requiere autorización previa para viajes que no sean de emergencia
Transporte^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de transporte?	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 por servicios de transporte ilimitados de ida y vuelta hasta las instalaciones aprobadas por el plan
Medicamentos de la Parte B de Medicare¹ ¿Cuánto debo pagar por medicamentos de la Parte B?	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga 20% del costo total por medicamentos de la Parte B, incluidos los medicamentos de quimioterapia

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Medicamentos recetados de la Parte D		Imperial Dual Plan (HMO D-SNP)																			
Prima de la Parte D	Usted paga \$32.60																				
Monto máximo de gastos de bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?	Su límite anual para la Parte D en este plan es \$7,400																				
Etapa de deducible	Usted paga \$505 por medicamentos de Niveles 2 al 5 antes de que el plan empiece a pagar su parte																				
Etapa de cobertura inicial	<p>Usted paga los siguientes costos hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$4,660</p> <table> <thead> <tr> <th></th> <th>Suministro para 30 días de venta al por menor</th> <th>Suministro para 100 días de pedido por correo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos</td><td>0%</td><td>0%</td></tr> <tr> <td>Nivel 2 - Medicamentos genéricos</td><td>0%</td><td>0%</td></tr> <tr> <td>Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos</td><td>25%</td><td>25%</td></tr> <tr> <td>Nivel 4 – Medicamentos no preferidos</td><td>25%</td><td>25%</td></tr> <tr> <td>Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado</td><td>25%</td><td>Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5</td></tr> </tbody> </table>			Suministro para 30 días de venta al por menor	Suministro para 100 días de pedido por correo	Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos	0%	0%	Nivel 2 - Medicamentos genéricos	0%	0%	Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	25%	25%	Nivel 4 – Medicamentos no preferidos	25%	25%	Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado	25%	Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5	
	Suministro para 30 días de venta al por menor	Suministro para 100 días de pedido por correo																			
Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos	0%	0%																			
Nivel 2 - Medicamentos genéricos	0%	0%																			
Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	25%	25%																			
Nivel 4 – Medicamentos no preferidos	25%	25%																			
Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado	25%	Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5																			
Etapa de Período sin cobertura	<p>Usted paga los siguientes costos hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$7,400</p> <table> <thead> <tr> <th></th> <th>Suministro para 30 días de venta al por menor</th> <th>Suministro para 100 días de pedido por correo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos</td><td>\$0.00</td><td>\$0.00</td></tr> <tr> <td>Nivel 2 - Medicamentos genéricos</td><td>\$0.00</td><td>\$0.00</td></tr> <tr> <td>Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos</td><td colspan="2" rowspan="2">Usted paga 25% del costo por cualquier otro medicamento y una parte de la tarifa de suministro</td></tr> <tr> <td>Nivel 4 – Medicamentos no preferidos</td></tr> <tr> <td>Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado</td><td colspan="2">Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5</td></tr> <tr> <td></td><td colspan="2">Una vez que sus costos anuales del bolsillo por los medicamentos alcancen los \$7,400, usted paga</td></tr> </tbody> </table>			Suministro para 30 días de venta al por menor	Suministro para 100 días de pedido por correo	Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos	\$0.00	\$0.00	Nivel 2 - Medicamentos genéricos	\$0.00	\$0.00	Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	Usted paga 25% del costo por cualquier otro medicamento y una parte de la tarifa de suministro		Nivel 4 – Medicamentos no preferidos	Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado	Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5			Una vez que sus costos anuales del bolsillo por los medicamentos alcancen los \$7,400, usted paga	
	Suministro para 30 días de venta al por menor	Suministro para 100 días de pedido por correo																			
Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos	\$0.00	\$0.00																			
Nivel 2 - Medicamentos genéricos	\$0.00	\$0.00																			
Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	Usted paga 25% del costo por cualquier otro medicamento y una parte de la tarifa de suministro																				
Nivel 4 – Medicamentos no preferidos																					
Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado	Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5																				
	Una vez que sus costos anuales del bolsillo por los medicamentos alcancen los \$7,400, usted paga																				

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

El monto que sea mayor entre \$4.15 por medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes y \$10.35 por todos los demás medicamentos, o 5%

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Beneficios complementarios	Imperial Dual Plan (HMO D-SNP)
Subsidio para alimentos y productos	<ul style="list-style-type: none"> Recibe una asignación de \$30 cada 3 meses en una tarjeta prepagada de Imperial. Para calificar debe tener una de las siguientes condiciones: Dependencia crónica de alcohol u otras drogas; Trastornos autoinmunes; Cáncer; Desordenes cardiovasculares; Insuficiencia cardíaca crónica; Demencia; Diabetes; enfermedad hepática en etapa terminal; Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD); Trastornos hematológicos graves; VIH/SIDA; trastornos pulmonares crónicos; Condiciones de salud mental crónicas e incapacitantes; trastornos neurológicos; o ataque cerebral
Entrega de comidas a domicilio¹	<ul style="list-style-type: none"> Hay un copago de \$0 por hasta 7 comidas entregadas después de una cirugía o una estadía en el hospital. El plan cubre hasta \$105 por periodo de beneficios.
Servicios de salud en el hogar^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 por los servicios de salud en el hogar
Servicios de apoyo en el hogar	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 por hasta 60 horas de servicios de apoyo en el hogar que incluyen ayuda con el transporte, la compra de comestibles, la recolección de medicamentos, recordatorios de citas médicas, ayuda doméstica ligera y ejercicio ligero
Equipo médico / Suministros¹	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga 20% del costo total por cada artículo de Equipo Médico Duradero (DME)¹, como oxígeno o una silla de ruedas Usted paga 20% del costo total por artículo de prótesis¹ tales como aparatos ortopédicos o extremidades artificiales Usted paga 20% del costo total por suministros de monitoreo para diabéticos¹
Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga 20% del costo total por cada consulta de servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos en un entorno individual o grupal

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Beneficios complementarios	Imperial Dual Plan (HMO D-SNP)
Artículos y medicamentos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC)	<ul style="list-style-type: none"> • \$120 de subvención cada tres meses a través de nuestro catálogo OTC de pedido por correo • No se acepta el pago en efectivo, cheques, tarjeta de crédito ni giro postal para el beneficio OTC • No se acumula de mes a mes
Dispositivo de respuesta de emergencia personal	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 para 1 dispositivo al año
Cuidado rutinario de los pies^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por 6 consultas de cuidado rutinario de los pies por año calendario
Programas de bienestar	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por membresía en un gimnasio o un kit de ejercicios para el hogar a través del programa Silver&Fit®. El programa Silver&Fit es ofrecido por American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), un subsidiario de American Specialty Health Incorporated (ASH).
Cobertura a nivel mundial ¿Cuánto es el reembolso de mi Cobertura a nivel mundial?	<ul style="list-style-type: none"> • Reembolso de hasta \$50,000 por los gastos que califican con un copago de \$0 • Solo para servicios de urgencia o de emergencia

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Imperial Dynamic Plan (HMO) 012

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Primas y beneficios	Imperial Dynamic Plan (HMO)
Primas ¿Cuánto debo pagar al mes?	<ul style="list-style-type: none"> • Prima de la Parte C: Usted paga \$0 al mes • Prima de la Parte D: Usted paga \$0 al mes • Debe continuar pagando su prima de la Parte B de Medicare
Deductible ¿Cuánto debo pagar antes de que pague el plan?	<ul style="list-style-type: none"> • Este plan no tiene deducible para los beneficios de la Parte C o D
Monto máximo que paga de su bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?	<ul style="list-style-type: none"> • El monto máximo que pagará cada año por los servicios de la Parte C en este plan es \$899
Cobertura hospitalaria para pacientes internados^{1,2} ¿Cuánto tiempo cubrirá mi plan? ¿Cuánto debo pagar?	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 al día por días 1 - 90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$670 al día por días 1 – 60
Cobertura hospitalaria para pacientes externos^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0
Centro de cirugía ambulatoria^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por cada visita a un centro de cirugía ambulatoria cubierta por Medicare
Consultas médicas ¿Cuánto debo pagar por una consulta con el médico de cuidado de salud primario o especialista?	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta con el médico de cuidado de salud primario: Usted paga \$0 • Consulta con el especialista^{1,2}: Usted paga \$0 • Tiene la opción de obtener ciertos servicios mediante telesalud por teléfono o video
Preventive Care ¿Cuánto debo pagar por la atención preventiva?	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 para la detección del glaucoma¹, capacitación para el autocontrol de la diabetes¹, enemas de bario¹, exámenes rectales digitales y electrocardiogramas después de una visita de bienvenida
Atención de emergencia ¿Cuánto debo pagar por Servicios de urgencia?	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$100 copago • Si es admitido al hospital dentro de las 48 horas, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Primas y beneficios	Imperial Dynamic Plan (HMO)
Servicios de urgencia ¿Cuánto debo pagar por Servicios de urgencia?	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0
Servicios de diagnóstico / Laboratorio / Imágenes^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por Servicios de diagnóstico?	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 por: <ul style="list-style-type: none"> Servicios de laboratorio Exámenes de diagnóstico Servicios de radiología diagnóstica (p. ej., MRI) Radiografías Usted paga 20% del costo total para servicios de radiología terapéutica
Servicios auditivos^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por Servicios auditivos o audífonos?	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga 20% del costo total por: <ul style="list-style-type: none"> Exámenes de diagnóstico y rutinarios cubiertos El plan cubre hasta \$250 Subvención para audífonos: Usted paga 20%. El plan cubre hasta \$1,000 por año calendario
Servicios odontológicos ¿Cuánto debo pagar por servicios odontológicos?	<ul style="list-style-type: none"> Servicios odontológicos cubiertos por Medicare: Usted paga \$0 Servicios odontológicos preventivos: Usted paga \$0 por consultas rutinarias. Consultas incluyen examen, limpieza, tratamiento con flúor y radiografías odontológicas. El plan cubre hasta \$500 para servicios odontológicos rutinarios al año Usted paga \$0 por servicios restaurativos; prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios. Su plan cubre hasta \$2000 cada año
Servicios de la vista ¿Cuánto debo pagar por Servicios de la vista? ¿Cuál es mi subvención para artículos de la vista por año?	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 por servicios de la vista cubiertos por Medicare Usted paga \$0 por exámenes rutinarios de la vista Usted paga \$0 al año por uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> Un par de anteojos (lentes y marcos) Un par de lentes de contacto El plan cubre hasta \$250 al año para anteojos

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Primas y beneficios	Imperial Dynamic Plan (HMO)
<p>Servicios de salud mental^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por servicios de hospitalización o ambulatorios?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estadías como paciente interno: <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 al día por días 1-90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$670 al día por días 1 – 60 • Servicios para pacientes externos: Usted paga 20% del costo total por cada consulta de terapia de salud mental individual o grupal para pacientes externos cubierta por Medicare (no con un médico) • Usted paga \$0 por cada sesión de terapia psiquiátrica grupal o individual cubierta por Medicare
<p>Centro de enfermería especializada^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por la estadía en un centro de enfermería especializada?</p>	<p>Cubrimos hasta 100 días en un SNF por período de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 al día por días 1 – 20 • Usted paga \$164.50 al día por días 21 – 100
<p>Fisioterapia^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por la rehabilitación ambulatoria?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de rehabilitación cardiaca (corazón) • Terapia ocupacional • Fisioterapia • Terapia del habla y del lenguaje
<p>Ambulancia¹</p> <p>¿Cuánto debo pagar por servicios de ambulancia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$125 por viaje de ida por tierra • Usted paga 20% del costo total por viaje por aire • Se requiere autorización previa para viajes que no sean de emergencia
<p>Transporte^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por servicios de transporte?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por servicios de transporte ilimitados de ida y vuelta hasta las instalaciones aprobadas por el plan

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Medicamentos de la Parte B de Medicare¹

¿Cuánto debo pagar por medicamentos de la Parte B?

- Usted paga 20% por medicamentos de la Parte B, incluidos los medicamentos de quimioterapia

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Medicamentos recetados de la Parte D		Imperial Dynamic Plan (HMO)																			
Prima de la Parte D	Usted paga \$0																				
Monto máximo de gastos de bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?	Su límite anual para la Parte D en este plan es \$7,400																				
Etapa de deducible	No hay deducible (Su cobertura empieza el día de entrada en vigencia de su inscripción)																				
Etapa de cobertura inicial	<p>Usted paga los siguientes costos hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$4,660</p> <table> <thead> <tr> <th></th> <th>Suministro para 30 días de venta al por menor</th> <th>Suministro para 100 días de pedido por correo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos</td><td>\$0.00</td><td>\$0.00</td></tr> <tr> <td>Nivel 2 - Medicamentos genéricos</td><td>\$3.00</td><td>\$5.00</td></tr> <tr> <td>Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos</td><td>\$30.00/ Select Insulins: \$0</td><td>\$75.00/ Select Insulins: \$0</td></tr> <tr> <td>Nivel 4 – Medicamentos no preferidos</td><td>\$75.00</td><td>\$180.00</td></tr> <tr> <td>Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado</td><td>33%</td><td>Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5</td></tr> </tbody> </table>			Suministro para 30 días de venta al por menor	Suministro para 100 días de pedido por correo	Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos	\$0.00	\$0.00	Nivel 2 - Medicamentos genéricos	\$3.00	\$5.00	Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	\$30.00/ Select Insulins: \$0	\$75.00/ Select Insulins: \$0	Nivel 4 – Medicamentos no preferidos	\$75.00	\$180.00	Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado	33%	Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5	
	Suministro para 30 días de venta al por menor	Suministro para 100 días de pedido por correo																			
Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos	\$0.00	\$0.00																			
Nivel 2 - Medicamentos genéricos	\$3.00	\$5.00																			
Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	\$30.00/ Select Insulins: \$0	\$75.00/ Select Insulins: \$0																			
Nivel 4 – Medicamentos no preferidos	\$75.00	\$180.00																			
Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado	33%	Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5																			
Etapa de Período sin cobertura	<p>Usted paga los siguientes costos hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$7,400</p> <table> <thead> <tr> <th></th> <th>Suministro para 30 días de venta al por menor</th> <th>Suministro para 100 días de pedido por correo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos</td><td>\$0.00</td><td>\$0.00</td></tr> <tr> <td>Nivel 2 - Medicamentos genéricos</td><td>\$3.00</td><td>\$5.00</td></tr> <tr> <td>Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos</td><td colspan="2" rowspan="2">Usted paga 25% del costo por cualquier otro medicamento y una parte de la tarifa de suministro. Usted paga \$0 por Select Insulins.</td></tr> <tr> <td>Nivel 4 – Medicamentos no preferidos</td></tr> <tr> <td>Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado</td><td colspan="2">Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5</td></tr> <tr> <td></td><td colspan="2">Una vez que sus costos anuales del bolsillo por los medicamentos alcancen los \$7,400, usted paga</td></tr> </tbody> </table>			Suministro para 30 días de venta al por menor	Suministro para 100 días de pedido por correo	Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos	\$0.00	\$0.00	Nivel 2 - Medicamentos genéricos	\$3.00	\$5.00	Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	Usted paga 25% del costo por cualquier otro medicamento y una parte de la tarifa de suministro. Usted paga \$0 por Select Insulins.		Nivel 4 – Medicamentos no preferidos	Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado	Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5			Una vez que sus costos anuales del bolsillo por los medicamentos alcancen los \$7,400, usted paga	
	Suministro para 30 días de venta al por menor	Suministro para 100 días de pedido por correo																			
Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos	\$0.00	\$0.00																			
Nivel 2 - Medicamentos genéricos	\$3.00	\$5.00																			
Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos	Usted paga 25% del costo por cualquier otro medicamento y una parte de la tarifa de suministro. Usted paga \$0 por Select Insulins.																				
Nivel 4 – Medicamentos no preferidos																					
Nivel 5 – Medicamentos de nivel especializado	Suministro de pedido por correo no está disponible para el Nivel 5																				
	Una vez que sus costos anuales del bolsillo por los medicamentos alcancen los \$7,400, usted paga																				

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas	El monto que sea mayor entre \$4.15 por medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes y \$10.35 por todos los demás medicamentos, o 5%
--	---

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Beneficios complementarios	Imperial Dynamic Plan (HMO)
Entrega de comidas a domicilio¹	<ul style="list-style-type: none"> Hay un copago de \$0 por hasta 7 comidas entregadas después de una cirugía o una estadía en el hospital. El plan cubre hasta \$105 por periodo de beneficios.
Servicios de salud en el hogar^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 por los servicios de salud en el hogar
Servicios de apoyo en el hogar	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 hasta 48 horas de servicios de apoyo en el hogar que incluyen ayuda con el transporte, compras de comestibles, recogida de medicamentos, recordatorios de citas médicas, ayuda doméstica ligera y ejercicio ligero.
Equipo médico / Suministros¹	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga 20% del costo total por cada artículo de Equipo Médico Duradero (DME)¹, como oxígeno o una silla de ruedas Usted paga 20% del costo total por artículo de prótesis¹ tales como aparatos ortopédicos o extremidades artificiales Usted paga \$0 por suministros de monitoreo para diabéticos¹
Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga 20% del costo total por cada consulta de servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos en un entorno individual o grupal
Artículos y medicamentos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC)	<ul style="list-style-type: none"> \$120 de subvención cada tres meses a través de nuestro catálogo OTC de pedido por correo No se acepta el pago en efectivo, cheques, tarjeta de crédito ni giro postal para el beneficio OTC No se acumula de mes a mes
Cuidado rutinario de los pies^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 por 6 consultas de cuidado rutinario de los pies por año calendario

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Programas de bienestar	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 por membresía en un gimnasio o un kit de ejercicios para el hogar a través del programa Silver&Fit®. El programa Silver&Fit es ofrecido por American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), un subsidiario de American Specialty Health Incorporated (ASH).
Cobertura a nivel mundial	<ul style="list-style-type: none"> Reembolso de hasta \$50,000 por los gastos que califican con un copago de \$0 Solo para servicios de urgencia o de emergencia

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Imperial Strong (HMO) 014

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Primas y beneficios	Imperial Strong (HMO)
Primas ¿Cuánto debo pagar al mes?	<ul style="list-style-type: none"> • Prima de la Parte C: Usted paga \$0 al mes • Prima de la Parte D: Usted paga \$0 al mes • Imperial Strong paga \$85 de su prima de la Parte B. Debe continuar pagando su parte de la prima de la Parte B de Medicare
Deductible ¿Cuánto debo pagar antes de que pague el plan?	<ul style="list-style-type: none"> • En 2022, el deducible para este plan es \$233. Esta cantidad puede cambiar para 2023. Imperial Strong le notificará cuando Medicare publique el monto del deducible de la Parte B para 2023 • Deducible de la Parte D: Usted paga \$505
Monto máximo que paga de su bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?	<ul style="list-style-type: none"> • El monto máximo que pagará cada año por los servicios de la Parte C en este plan es \$8,300
Cobertura hospitalaria para pacientes internados^{1,2} ¿Cuánto tiempo cubrirá mi plan? ¿Cuánto debo pagar?	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 al día por días 1 - 60 • Usted paga \$389 al día por días 61 - 90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$778 al día por días 1 – 60 • Estas son las cantidades para 2022 y pueden cambiar en 2023. El plan le informará una vez que Medicare anuncie estos montos.
Cobertura hospitalaria para pacientes externos^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20% del costo total
Centro de cirugía ambulatoria^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20% por cada consulta cubierta por Medicare
Consultas médicas ¿Cuánto debo pagar por una consulta con el médico de cuidado de salud primario o especialista ^{1,2?}	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga 20% del costo total • Tiene la opción de obtener ciertos servicios mediante telesalud por teléfono o video

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Atención preventiva¹ ¿Cuánto debo pagar por la atención preventiva?	<ul style="list-style-type: none">• Usted paga 20% del costo total para la detección del glaucoma, capacitación para el autocontrol de la diabetes, enemas de bario, exámenes rectales digitales y electrocardiogramas después de una visita de bienvenida• Usted paga \$0 por otros servicios preventivos
--	---

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Primas y beneficios	Imperial Strong (HMO)
Atención de emergencia ¿Cuánto debo pagar por Servicios de urgencia?	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga 20% del costo total hasta \$95 Si es admitido al hospital dentro de los 3 días, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia
Servicios de urgencia ¿Cuánto debo pagar por Servicios de urgencia?	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga 20% del costo total hasta \$60 Si es admitido al hospital dentro de los 3 días, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia
Servicios de diagnóstico / Laboratorio / Imágenes^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por Servicios de diagnóstico?	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga 20% del costo total por: <ul style="list-style-type: none"> Exámenes de diagnóstico Servicios de radiología diagnóstica (p. ej., MRI) Servicios de laboratorio Servicios de radiología terapéutica Radiografías
Servicios auditivos^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por Servicios auditivos o audífonos?	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga 20% del costo total por: <ul style="list-style-type: none"> Exámenes de diagnóstico y rutinarios cubiertos El plan cubre hasta \$250 <p>Subvención para audífonos: Usted paga 20%. El plan cubre hasta \$1,000 por año calendario</p>
Servicios odontológicos ¿Cuánto debo pagar por servicios odontológicos?	<ul style="list-style-type: none"> Servicios odontológicos cubiertos por Medicare: Usted paga \$0 Servicios odontológicos preventivos: Usted paga \$0 por consultas rutinarias. Consultas incluyen examen, limpieza, tratamiento con flúor y radiografías odontológicas. El plan cubre hasta \$500 para servicios odontológicos rutinarios al año Usted paga \$0 por servicios restaurativos; prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios. Su plan cubre hasta \$2000 cada año

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Servicios de la vista ¿Cuánto debo pagar por Servicios de la vista? ¿Cuál es mi subvención para artículos de la vista por año?	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga 20% del costo total por servicios de la vista cubiertos por Medicare Usted paga \$0 por exámenes rutinarios de la vista Usted paga \$0 al año por uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> Un par de anteojos (lentes y marcos) Un par de lentes de contacto. El plan cubre hasta \$240 al año
--	--

Primas y beneficios	Imperial Strong (HMO)
Servicios de salud mental^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por servicios de hospitalización o ambulatorios?	<ul style="list-style-type: none"> Consulta como paciente interno: <ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 al día por días 1- 60 Usted paga \$389 al día por días 61 - 90 Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$778 al día por días 1 – 60 Estas son las cantidades para 2022 y pueden cambiar en 2023. El plan le informará una vez que Medicare anuncie estos montos. Servicios para pacientes externos: Usted paga 20% del costo total por cada consulta de terapia de salud mental individual o grupal para pacientes externos cubierta por Medicare
Centro de enfermería especializada^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por la estadía en un centro de enfermería especializada?	Cubrimos hasta 100 días en un SNF por período de beneficios: <ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 al día por días 1 – 20 Usted paga \$194.50 al día por días 21 – 100 Usted paga 100% del costo por días 101 y más <p>Estas son las cantidades para 2022 y pueden cambiar en 2023. El plan le informará una vez que Medicare anuncie estos montos.</p>
Fisioterapia^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por la rehabilitación ambulatoria?	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga 20% del costo total por: <ul style="list-style-type: none"> Servicios de rehabilitación cardiaca (corazón) Consulta de terapia ocupacional Fisioterapia Terapia del habla y del lenguaje

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Ambulancia¹ ¿Cuánto debo pagar por servicios de ambulancia?	<ul style="list-style-type: none">Usted paga 20% del costo total por viaje por aire o por tierraSe requiere autorización previa para viajes que no sean de emergencia
Medicamentos de la Parte B de Medicare¹ ¿Cuánto debo pagar por medicamentos de la Parte B?	<ul style="list-style-type: none">Usted paga 20% del costo total por medicamentos de la Parte B, incluidos los medicamentos de quimioterapia

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Medicamentos recetados de la Parte D		Imperial Strong (HMO)		
Prima de la Parte D	Usted paga \$0			
Monto máximo de gastos de bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?	Su límite anual para la Parte D en este plan es \$7,400			
Etapa de deducible	Usted paga \$505 por sus medicamentos antes de que el plan comience a pagar su parte			
Etapa de cobertura inicial	<p>Usted paga los siguientes costos hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$4,660</p> <table border="1"> <tr> <td>Suministro para 30 días de venta al por menor</td><td>Suministro para 100 días de pedido por correo</td></tr> </table>		Suministro para 30 días de venta al por menor	Suministro para 100 días de pedido por correo
Suministro para 30 días de venta al por menor	Suministro para 100 días de pedido por correo			
Todos los medicamentos genéricos, de marca y de especialidad	25%	25%		
Etapa de Período sin cobertura	<p>Usted paga los siguientes costos hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los \$7,400</p> <table border="1"> <tr> <td>Suministro para 30 días de venta al por menor</td><td>Suministro para 100 días de pedido por correo</td></tr> </table>		Suministro para 30 días de venta al por menor	Suministro para 100 días de pedido por correo
Suministro para 30 días de venta al por menor	Suministro para 100 días de pedido por correo			
Todos los medicamentos genéricos, de marca y de especialidad	Usted paga 25% del costo por cualquier otro medicamento y una parte de la tarifa de suministro			
Etapa de cobertura en situaciones catastróficas	<p>Una vez que sus costos anuales del bolsillo por los medicamentos alcancen los \$7,400, usted paga</p> <p>El monto que sea mayor entre \$4.15 por medicamentos genéricos o preferidos de múltiples fuentes y \$10.35 por todos los demás medicamentos, o 5%</p>			

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Beneficios complementarios	Imperial Strong (HMO)
Servicios de salud en el hogar^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 por los servicios de salud en el hogar
Servicios de apoyo en el hogar	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 hasta 48 horas de servicios de apoyo en el hogar que incluyen ayuda con el transporte, compras de comestibles, recogida de medicamentos, recordatorios de citas médicas, ayuda doméstica ligera y ejercicio ligero.
Equipo médico / Suministros¹	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga 20% del costo total por cada artículo de Equipo Médico Duradero (DME)¹, como oxígeno o una silla de ruedas Usted paga 20% del costo total por artículo de prótesis¹ tales como aparatos ortopédicos o extremidades artificiales Usted paga 20% del costo total por suministros de monitoreo para diabéticos¹
Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga 20% del costo total por cada consulta de servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos en un entorno individual o grupal

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Imperial Courage Plan (HMO) 016

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Primas y beneficios	Imperial Courage Plan (HMO)
Primas ¿Cuánto debo pagar al mes?	<ul style="list-style-type: none"> • Prima de la Parte C: Usted paga \$0 al mes • Prima de la Parte D: Usted paga \$0 al mes • Imperial Courage Plan paga \$75 de su prima de la Parte B. Debe continuar pagando su parte de la prima de la Parte B de Medicare
Deductible ¿Cuánto debo pagar antes de que pague el plan?	<ul style="list-style-type: none"> • Este plan no tiene deducible
Monto máximo que paga de su bolsillo ¿Cuál es el monto límite de mis pagos?	<ul style="list-style-type: none"> • El monto máximo que pagará cada año por los servicios de la Parte C en este plan es \$2,999
Cobertura hospitalaria para pacientes internados^{1,2} ¿Cuánto tiempo cubrirá mi plan? ¿Cuánto debo pagar?	<ul style="list-style-type: none"> • Medicare cubre los primeros 2 días de su hospitalización • Después de esto, usted paga \$150 al día por días 1 - 5 • Usted paga \$0 al día por días 6 - 90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$670 al día por días 1 – 60
Cobertura hospitalaria para pacientes externos^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0
Centro de cirugía ambulatoria^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por cada consulta cubierta por Medicare
Consultas médicas ¿Cuánto debo pagar por una consulta con el médico de cuidado de salud primario o especialista?	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta con el médico de cuidado de salud primario: Usted paga \$5 • Consulta con el especialista^{1,2}: Usted paga \$10 • Tiene la opción de obtener ciertos servicios mediante telesalud por teléfono o video
Atención preventiva ¿Cuánto debo pagar por la atención preventiva?	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 para la detección del glaucoma¹, capacitación para el autocontrol de la diabetes¹, enemas de bario¹, exámenes rectales digitales y electrocardiogramas después de una visita de bienvenida

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Atención de emergencia ¿Cuánto debo pagar por Servicios de urgencia?	<ul style="list-style-type: none">• Usted paga \$100 por consulta• Si es admitido al hospital dentro de las 48 horas, no tiene que pagar su parte del costo por atención de emergencia
--	---

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Primas y beneficios	Imperial Courage Plan (HMO)
Servicios de urgencia ¿Cuánto debo pagar por Servicios de urgencia?	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$20 por consulta
Servicios de diagnóstico / Laboratorio / Imágenes^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por Servicios de diagnóstico?	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 por: <ul style="list-style-type: none"> Servicios de radiología diagnóstica (p. ej., MRI, CT) Radiografías para pacientes externos Servicios de laboratorio Exámenes de diagnóstico Servicios de radiología terapéutica: Usted paga 20%
Servicios auditivos^{1,2} ¿Cuánto debo pagar por Servicios auditivos o audífonos?	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga 20% del costo total por: <ul style="list-style-type: none"> Exámenes de diagnóstico y rutinarios cubiertos El plan cubre hasta \$250 Subvención para audífonos: Usted paga 20%. El plan cubre hasta \$1,250 por año calendario
Servicios odontológicos ¿Cuánto debo pagar por servicios odontológicos?	<ul style="list-style-type: none"> Servicios odontológicos cubiertos por Medicare: Usted paga \$0 Servicios odontológicos preventivos: Usted paga \$0 por consultas rutinarias. Consultas incluyen examen, limpieza, tratamiento con flúor y radiografías odontológicas. El plan cubre hasta \$500 para servicios odontológicos rutinarios al año Usted paga \$0 por servicios restaurativos; prostodoncia, otra cirugía oral/maxilofacial, otros servicios. Su plan cubre hasta \$2000 cada año
Servicios de la vista ¿Cuánto debo pagar por Servicios de la vista? ¿Cuál es mi subvención para artículos de la vista por año?	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 por los servicios de la vista cubiertos por Medicare Usted paga \$0 por exámenes rutinarios de la vista Usted paga \$0 al año por uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> Un par de anteojos (lentes y marcos) Un par de lentes de contacto El plan cubre hasta \$250 al año para anteojos

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Primas y beneficios	Imperial Courage Plan (HMO)
<p>Servicios de salud mental^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por servicios de hospitalización o ambulatorios?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta como paciente interno: <ul style="list-style-type: none"> • Medicare cubre los primeros 2 días de su hospitalización • Después de esto, usted paga \$200 al día por días 1-7 • Usted paga \$0 al día por días 8 - 90 • Nuestro plan proporciona un máximo de 60 Días de Reserva de por Vida. Usted paga \$670 al día por días 1 – 60 • Servicios para pacientes externos: Usted paga 20% del costo total por cada consulta de terapia de salud mental individual o grupal para pacientes externos cubierta por Medicare (no con un médico) • Usted paga \$0 por cada sesión de terapia psiquiátrica grupal o individual cubierta por Medicare
<p>Centro de enfermería especializada^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por la estadía en un centro de enfermería especializada?</p>	<p>Cubrimos hasta 100 días en un SNF por período de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 al día por días 1 – 20 • Usted paga \$164.50 al día por días 21 – 100
<p>Fisioterapia^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por la rehabilitación ambulatoria?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de rehabilitación cardiaca (corazón): Usted paga \$0 • Consulta de terapia ocupacional: Usted paga \$10 • Consulta de fisioterapia y terapia del habla y lenguaje: Usted paga 20% del costo total
<p>Ambulancia¹</p> <p>¿Cuánto debo pagar por servicios de ambulancia?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$150 por viaje de ida por tierra • Usted paga 20% del costo total por viaje por aire • Se requiere autorización previa para viajes que no sean de emergencia
<p>Transporte^{1,2}</p> <p>¿Cuánto debo pagar por servicios de transporte?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$0 por servicios de transporte ilimitados de ida y vuelta hasta las instalaciones aprobadas por el plan

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Medicamentos de la Parte B de Medicare¹

¿Cuánto debo pagar por medicamentos de la Parte B?

- Usted paga \$0 por medicamentos de la Parte B, incluidos los medicamentos de quimioterapia

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Beneficios complementarios	Imperial Courage Plan (HMO)
Entrega de comidas a domicilio¹	<ul style="list-style-type: none"> Hay un copago de \$0 por hasta 7 comidas entregadas después de una cirugía o una estadía en el hospital. El plan cubre hasta \$105 por periodo de beneficios.
Servicios de salud en el hogar^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 por los servicios de salud en el hogar
Equipo médico / Suministros¹	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga 20% del costo total por cada artículo de Equipo Médico Duradero (DME)¹, como oxígeno o una silla de ruedas Usted paga 20% del costo total por artículo de prótesis¹ tales como aparatos ortopédicos o extremidades artificiales Usted paga \$0 por suministros de monitoreo para diabéticos¹
Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga 20% del costo total por cada consulta de servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos en un entorno individual o grupal
Artículos y medicamentos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC)	<ul style="list-style-type: none"> \$120 de subvención cada tres meses a través de nuestro catálogo OTC de pedido por correo No se acepta el pago en efectivo, cheques, tarjeta de crédito ni giro postal para el beneficio OTC No se acumula de mes a mes
Cuidado rutinario de los pies^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 por 6 consultas de cuidado rutinario de los pies por año calendario
Programas de bienestar	<ul style="list-style-type: none"> Usted paga \$0 por membresía en un gimnasio o un kit de ejercicios para el hogar a través del programa Silver&Fit®. El programa Silver&Fit es ofrecido por American Specialty Health Fitness, Inc. (ASH Fitness), un subsidiario de American Specialty Health Incorporated (ASH).

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Cobertura a nivel mundial

¿Cuánto es el reembolso de mi Cobertura a nivel mundial?

- Reembolso de hasta \$50,000 por los gastos que califican con un copago de \$20 para atención de urgencia y copago de \$0 para atención de emergencia
- Solo para servicios de urgencia o de emergencia

Se podría requerir autorización previa para los servicios marcados con ¹. Se podría requerir remisión de su médico para los servicios marcados con ².

Resumen de beneficios 2023

Imperial Health revisa constantemente cómo la tecnología en nuevos dispositivos y servicios puede mejorar la salud de nuestros miembros. Para obtener una lista de lo que está disponible para usted, llame al 1-800-838-8271, (TTY: 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, de lunes a domingo, de 6:00 a. m. a 8:00 p. m. PST o del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 6:00 a. m. a 8:00 p. m. PST excepto festivos.

Imperial Health Plan of California, Inc. es una (HMO) (HMO SNP) con un contrato de Medicare. La inscripción en Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) depende de la renovación del contrato.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711) para obtener información adicional. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguro pueden cambiar el 1 de enero de cada año.

Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) cumple con leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina basándose en raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, o sexo.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-838-8271 (TTY: 711).

ATENCIÓN: *si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711).*